UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE N° 11

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 12 mars 1936
Né à Kolno (Pologne), le 27 juin 1910

PAR

MENDEL SZTEJNSAPIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

MM. MASSABUAU, professeur, *président.*

Examinateurs de la thèse : ETIENNE, professeur. AIMES, agrégé. GUIBAL, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PERFORATIONS DE LA VESICULE LITHIASIQUE EN PERITOINE LIBRE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE N° 11

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 12 mars 1936
Né à Kolno (Pologne), le 27 juin 1910

PAR

MENDEL SZTEJNSAPIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

MM. MASSABUAU, professeur, *président.*

Examinateurs de la thèse : ETIENNE, professeur. AIMES, agrégé. GUIBAL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique opthalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honoriat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	Dr WATON

Agrégés en exercice

	MM		MM.
			AIMES
	BOULET	Chirurgie	MOURGUE-MOLINES.
	PAGES		GUIBAL
Médecine	JANBON		ROUX
	BAUMEL	Obstétrique	COLL DE CARRERA
	VIDAL	Bactériologie	CARRERE

Examinateurs de la thèse

MM. MASSABUAU, prof., *prés.* — MM. AIMES, agrégé.
ETIENNE, profeseur — GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE AIMES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555203_0113

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PERFORATIONS DE LA VESICULE LITHIASIQUE EN PERITOINE LIBRE

INTRODUCTION

Le sujet des perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre a été traité maintes fois au cours de ces vingt dernières années, néanmoins des erreurs fréquentes commises par des cliniciens expérimentés persistent encore.

Sans avoir l'ambition d'apporter à cette étude des vues très nouvelles, nous avons voulu seulement dans une revue générale des travaux sur les perforations de la vésicule lithiasique présenter un tableau d'ensemble des connaissances acquises à ce jour, en mettant en relief les plus importantes d'entre elles.

Nous nous sommes surtout attachés à étudier certains points du diagnostic qui ont été négligés dans les études antérieures sur ce sujet. Nous avons insisté aussi sur l'importance de l'intervention chirurgicale en général et sur son urgence en particulier.

Notre sujet étant délimité, nous n'avons étudié que les perforations de la vésicule calculeuse libre, sans adhérences limitant l'infection péritonéale.

La perforation faite, le contenu de la vésicule s'épanche rapidement dans la cavité péritonélee libre, déterminant ainsi une péritonite généralisée d'emblée.

Dans ce travail sur les perforations de la vésicule lithia-

sique nous nous basons sur un ensemble de cent onze observations (71 COTTE et ARNAUD, 40 de GOSSET). Nous apportons une série d'observations nouvelles; parmi elles, nous rapportons en détail une observation recueillie dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur MASSABUAU, et neuf observations que nous avons trouvées dans la littérature française et étrangère et qui ne figurent point dans les études antérieures.

Au total, dix observations rapportées dont nous avons pu faire état pour nos conclusions.

Avant de commencer l'étude de notre sujet, et nous conformant de plein cœur à l'usage, nous tenons à adresser notre témoignage de sincère reconnaissance à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté.

Nous remercions tout spécialement M. le professeur agrégé GUIBAL pour l'amical appui, pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours porté et pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner ainsi ETIENNE et M. le professeur agrégé AIMES que nous avons commencé nos études cliniques.

Nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner aussi notre reconnaissance.

Enfin, que M. le professeur MASSABUAU veuille bien accepter l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

QUELQUES NOTIONS HISTORIQUES

Les deux premiers cas publiés au sujet des perforations des voies biliaires paraissent remonter à 1824; ce sont les deux observations publiées par Andral dans les Archives de Médecine, observations complètes et considérées comme étant les premières sur ce sujet.

En 1840, Majolin et Fardel font apparaître chacun des cas intéressants sur cette question.

Potain, en 1861, nous donne une observation « d'ulcération et de perforation de la membrane muqueuse de la vésicule biliaire par un calcul. Péritonite rapidement mortelle. »

Deschamps, en 1866, démontre que certaines perforations reconnaissent comme seule cause une inflammation d'origine microbienne des voies biliaires.

En 1891, Courvoisier réunit cent dix-neuf observations où il s'agit uniquement de constatations d'autopsies, sans aucune intervention chirurgicale.

Bricka, dans sa thèse de 1899, nous donne quarante observations et dans cinq seulement le traitement chirurgical fut institué.

Depuis lors, la chirurgie des voies biliaires fait de rapides progrès et nous voyons les observations sur ce sujet se succéder de plus en plus nombreuses.

Cotte et Arnaud, en 1911, publient soixante-seize cas; la

même année Marconnet, en 1912 Thébault, en 1918 Delahaye y consacrent leur thèse.

En 1925, les Professeurs Gosset, Desplat et Bonnet font apparaître une étude d'ensemble des perforations de la vésicule lithiasique et soulignent la gravité extrême de cette complication de la lithiase biliaire.

En 1926, Fifield en Angleterre, Bestone en Italie, publient chacun leurs observations.

Enfin, parmi les travaux récents sur ce sujet, il convient de citer la publication de Fazio, en 1929, où il fait une place de choix dans le diagnostic différenciel à la pancréatite hémorragique, le point négligé dans les meilleurs travaux sur la question.

Voici d'abord l'observation qu'il nous a été possible d'examiner et qui nous permettra d'objectiver ce syndrome.

OBSERVATION N° 1 (inédite)

due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Massabuau
(Clinique chirurgicale, Hôpital Saint-Eloi)

Femme, 48 ans. Entre le 14 janvier 1935 dans les services de M. le Professeur Massabuau pour appendicite aiguë.

La maladie daterait de trois ou quatre jours. Autant qu'on puisse éclaircir les réponses de la malade, elle aurait été soignée pour des crises de coliques hépatiques. Il y a trois jours, ces crises douloureuses auraient aiguillé le médecin traitant vers le diagnostic de cholecystite calculeuse.

Des signes péritonéaux ayant apparu et persisté dans la moitié droite du ventre, ce premier diagnostic paraît avoir été écarté pour celui d'appendicite aiguë.

Examen. — On se trouve en présence d'une malade assez forte, avec un météorisme abdominal marqué. L'abdomen respire bien, il est douloureux aussi bien à gauche qu'à droite, et la palpation détermine une vive réaction de défense.

Dans la moitié droite de l'abdomen, la réaction de défense est plus vive et il existe même une légère contracture, la douleur prédomine à droite. Le Mac Burney est très douloureux, mais la pression détermine une douleur aussi vive dans la région du flanc, de l'hypocondre et de la région sus crurale.

Pas de douleur élective dans la région lombaire, ni au niveau de l'épine de l'omoplate ou de l'épaule.

En présence de ces symptomes, on pense à une réaction péritonéale, mais il est impossible de préciser l'origine.

L'observation du médecin traitant engage à explorer d'abord la région appendiculaire.

Intervention. — Le 14 janvier 1935, à 10 heures du matin.

Laparatomie latérale droite. La malade en lordose dorso-lombaire.

Incision de Jalaguier avec prolongation en haut coudée « Kehr ».

On trouve un énorme pannicule adipeux difluent. Paroi musculo-aponévrothique tendue, dure. Caécum normal, appendice grêle, adhérent par sa pointe et sa partie moyenne.

On voit sortir de la bile du Douglas au moment de l'hénostase du méso-appendice. On en voit venir de l'hypocondre droit avec des fragments de boue biliaire et des calculs. La vésicule est assez volumineuse, bourrée de calculs, perforée au niveau du fond, face supérieure avec le foie faisant clapet. L'orifice est d'une grosseur d'une pièce

de cinquante centimes avec des bords noirâtres et amincis. Aucune adhérence.

Conduite opératoire. — Appendicectomie rétrograde, ligature catgut 3. Carbonisation du moignon. Trois pinces sur le méso très gras qui déchire.

Cholecystectomie par clivage progressif à partir du fond. Une pince sur artère et canal cystique. Une ligature catgut 3.

Drainage. — Un tube cinquante dans Douglas; un drain incise ciquette hypocondre. Une compresse lit vésicule.

Examen de la pièce. — Calculs innombrables dans la vésicule. Paroi épaisse, fond et face antérieure perforés.

Diagnostic post-opératoire. — Cholecystite calculeuse perforée en péritoine libre.

Examen anatomo-pathologique. (Institut B. Bertrand) : Appendice. — Il s'agit d'une appendice chronique sans lymphangite transpariétale.

V. Biliaire. — La paroi de la vésicule présente des lésions d'inflammation chronique avec congestion vasculaire intense. Aucun signe histologique d'inflammation spécifique.

Suites opératoires. — Le 15 janvier: La malade n'urine pas. La température, 39°. Pouls à 120. Soins : Scillarène, H. camphrée, caféine, serum hypertonique.

Le 16 janvier: Etat général médiocre, oligurie, azotémie 2,10. Extrémités froides.

Le 17 janvier: Urines troubles, oligurie (300).

Le 20 janvier : Malade va bien, urine. Enlèvement du drain pubien.

Le 21 janvier: Dyspnée, tachypnée, pommettes cyanosées. Température 39° 8. Localisation pulmonaire au 1/3 moyen du p. gauche. Azotémie 0,50.

Le 22 janvier: Foyer à droite, état général de plus en plus touché. Gros foyers br. pneumoniques.

Le 23 janvier: A une heure du matin, décès.

Compte rendu nécropsique. — Foie gros, congestionné. Ligature du C. cystique non relâchée. Dans le péritoine plusieurs calculs disséminés. Les organes ne présentent aucune réaction péritonéale, ni exsudats.

Les poumons: de deux côtés, hépatisation prédominante au niveau des bases. A la coupe, il s'agit d'infiltration nodulaire à nodules confluents.

Nous rapportons, à la fin de ce travail, et de façon résumée, neuf observations analogues.

QUELLES SONT LES CONDITIONS ETIOLOGIQUES DANS LESQUELLES LA PERFORATION SE PRODUIT ?

Les perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre sont très rares. La rareté des perforations vésiculaires est pleinement confirmée par des statistiques très pauvres en ces accidents.

Sur trois mille cent quatre-vingts interventions pratiquées sur le système biliaire, Mac Williams n'en rencontre que vingt-neuf seulement se rapportant à une perforation, soit 0,9 pour cent.

Fifield, en vingt-cinq ans, sur mille soixante-six cas de cholecystite, ne note que vingt-six perforations avec calculs, soit environ 2,44 pour cent.

Karillon ne trouve que 1,2 pour cent (sept perforations sur cinq cent soixante-douze calculoses) ; Mitchell, 1,2 pour cent (seize cas sur mille soixante-dix interventions).

Orlandi ne trouve que cinq péritonites dues à la perforation vésiculaire, sur un total de cinq cent vingt-cinq interventions pour péritonites aiguës, soit 0,95 pour cent.

Les perforations vésiculaires se rencontrent le plus souvent et plus facilement chez les femmes, car, chez elles, la présence des calculs biliaires dans la vésicule est un fait plus fréquent que chez les hommes.

Mac Williams, sur cent quatorze observations, trouve 60 pour cent de femmes. Gosset, sur quatre-vingt-quinze

observations, trouve cinquante-cinq femmes contre quarante hommes.

Dans nos observations, il y a 60 pour cent de femmes sur quarante pour cent d'hommes (six observ. femmes, quatre observ. hommes).

En ce qui concerne l'âge, le maximum de fréquence oscille entre 5 0et 60 ans. Dans nos observations, une seule (VI) révèle l'âge de 18 ans; deux (VIII, X) l'âge de 33-35 ans: dans les sept autres, l'âge oscille entre 48 et 64.

Le passé pathologique est souvent retrouvé chez ces malades, i ln'est pas possible — c'est vrai — d'indiquer la fréquence des antécédents lithiasiques, car beaucoup d'observations sont très brèves et cette recherche n'est pas mentionnée, mais d'une manière presque constante, on trouve, avec de rares exceptions, la notion de crises douloureuses plus ou moins caractéristiques remontant à plusieurs mois et même à plusieurs années. Sur nos dix observations, dans huit, on retrouve cette notion; dans une, les antécédents pathologiques du malade (IV) ne sont pas mentionnés.

Il s'agit souvent de malades chez lesquels on a fait plusieurs fois le diagnostic de coliques hépatiques (I et VIII), mais, dans d'autres cas, ces crises n'ont pas été rapportées à leur cause exacte (X).

Retenons enfin le rôle que peut jouer l'effort, le traumatisme — le plus minime qu'il soit — dans l'étiologie de la perforation de la vésicule lithiasique, dont les parois sont amincies, altérées et affaiblies par le processus lithiasique. Dans nos observations nous ne trouvons aucun cas de rupture traumatique, mais cette notion d'effort d'après Gosset doit être retenue et il apporte dans son mémoire quelques observations où le facteur traumatique et l'effort ont joué un grand rôle dans l'étiologie de la perforation vésiculaire.

PATHOGENIE

Mac William en 1912, Gosset dans son mémoire en 1925, distinguent dans la perforation trois mécanismes différents: causes mécaniques, causes infectieuses et causes trophiques.

1° Causes mécaniques.

Assez souvent, c'est au cours d'un accès de colique hépatique que l'accident se produit. La vésicule distendue par la pression intérieure fait un effort pour chasser le calcul qui oblitère la lumière du cystique ou du choledoque, et en cherchant ainsi à forcer l'obstacle par ses contractures elle vient à se rompre. C'est ce que les chirurgiens appellent rupture par surdistension. C'est un véritable éclatement de la vésicule, mais pour que ce mécanisme se réalise, il faut que l'on se trouve en présence d'une paroi malade, plus ou moins altérée et rendue friable par le processus inflammatoire.

Ce mode de rupture correspond probablement aux grosses déchirures de la vésicule signalées dans certaines observations.

Mais parfois, au milieu d'une de ces crises la rupture survient d'une tout autre façon. Le calcul siégeant dans la vésicule, par ses frottements continus sur un point fixe de cette vésicule, arrive à s'enclaver et user ce point sur lequel il repose et, si sa forme est quelque peu irrégulière, si ses arê-

tes sont vives, il érode plus ou moins facilement les tissus enflammés et irrités, et lorsqu'une crise aiguë survient, le contact entre le calcul et la paroi vésiculaire est rendu plus intime, les frottements sont plus intenses, plus énergiques grâce à la contracture de la paroi vésiculaire, et la perforation s'accomplit.

C'est à ce mode de perforation que correspondent probablement les cas où le calcul reste enclavé, incrusté dans le point perforé (Observ. VI de Moncalvi).

2° *Causes infectieuses.* — Les cas sont assez rares, où la perforation est due uniquement à une cause mécanique. Le plus souvent au processus ulcératif par causes mécaniques, vient se joindre un processus infectieux, favorisé par la stagnation biliaire et qui joue un rôle très important dans la perforation de la vésicule lithiasique.

Ordinairement, dans les différents modes de rupture, ces deux mécanismes se combinent et il est malaisé de faire la part exacte de l'élément infectieux et de l'élément mécanique, il est des formes à marche subaiguë où les calculs et les microbes prennent une part égale pour constituer la perforation.

3° Le troisième groupe de causes de la perforation seraient les causes trophiques, sur lesquelles Mac Williams insiste beaucoup. D'après lui, l'altération de la paroi serait due à des troubles circulatoires par thrombose vasculaire ou pression des calculs sur les vaisseaux correspondants.

A Gosset, cette hypothèse paraît tout à fait théorique, on n'a trouvé aucun cas en sa faveur.

♣

La vésicule une fois rompue, le contenu vésiculaire pénètre dans la cavité péritonéale libre et provoque rapidement une péritonite généralisée dont l'évolution justifie la gravité du pronostic. Et ici, il convient de distinguer deux cas différents sur lesquels Cotte et Arnaud et dernièrement notre Maître, M. le Professeur Massabuau ont beaucoup insisté.

Ils insistent notamment sur la gravité extrême de la perforation au cours d'une cholécystite aiguë où la bile étant hyperseptique, forme un excellent bouillon de culture qui exalte la virulence des germes et permet à l'infection de se manifster par la nécrose ou la gangrène. La péritonite s'installe d'emblée, on n'a même pas le temps d'intervenir.

Dans le second cas, il s'agit d'une vésicule lithiasique amincie, usée et qui se coupe à l'occasion d'un traumatisme minime où d'un effort insignifiant (effort de défécation, d'ouvrir une fenêtre. Observ. de Gosset). La péritonite provoquée présente le même tableau que la précédente, avec la seule différence qu'elle est plus lente à se former, n'a pas l'allure foudroyante de la précédente, elle est progressive, donc son pronostic est moins sombre, mais reste cependant grave.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La rupture de la vésicule, une fois faite, elle ne reste pas un accident isolé. La bile s'écoule en dehors de la vésicule, entraînant ou non des calculs dans la cavité libre du péritoine d'où résultent diverses réactions de la part de cette séreuse.

Nous étudierons donc dans ce chapitre d'abord les lésions de la vésicule,, avec le siège de la perforation, le nombre des points perforés et leurs dimensions et les lésions péritonéales ensuite.

1° *La vésicule biliaire.* — Le chirurgien en ouvrant le péritoine peut trouver la vésicule biliaire distendue ou atrophiée. La grosse vésicule (Obs. I) se rencontre surtout au cours des cholécystites aiguës. La vésicule atrophiée (Observ. IX) s'observe surtout chez les vieux calculeux, car l'atrophie de la vésicule est un mode fréquent d'évolution de la cholecystite scléreuse des lithiasiques.

La perforation siège pour la plupart des cas sur le fond de la vésicule, puis viennent par ordre de fréquence: le col, la face inférieure et la face supérieure.

Courvoisier sur 35 cas trouve 28 sur le fond, 4 sur le corps et 3 sur le col. D'après Gosset, le fond serait atteint 32 fois sur 16 fois du corps. Dans nos observations spécifiant le siège de la perforation, nous trouvons 2 fois sur le fond (Observ. VIII, IX), 2 fois sur le corps (Observ. III, VI)

une fois la face inférieure (Observ. X), et une fois la face supérieure et fond (Observ. I.)

Les dimensions sont variables, généralement elles sont plus importantes que celles des perforations des ulcères gastro-duodénaux (Gosset). Dans 3 cas de Cotte et Arnaud on a noté de vastes déchirures de la vésicule avec quantité de sang dans l'épanchement péritonéal. Dans notre observ. I l'orifice est d'une grosseur de 0,50 centimes, dans l'observ. VIII, d'un grain de mil, dans l'observ. IX, d'une tête d'épingle.

La perforation (l'orifice) est très souvent entourée d'une plaque de sphacèle (Observ. X).

La perforation est presque toujours unique et la raison en est facile à comprendre. Dès qu'une perforation est produite, la pression diminue et cet orifice joue le rôle d'une « soupape de sûreté ». Mais il peut y avoir des cas, comme dans une de nos observations (Observ. II) où il y a deux orifices ce qui est assez exceptionnel.

2° *Le péritoine.* — Dans les cas types, dès que le chirurgien ouvre la paroi abdominale, il s'aperçoit d'un épanchement anormal dans le péritoine, parfois c'est un véritable jet du liquide qui sort par l'incision.

Les anses grêles et l'épiplon ont fréquemment une teinte verdâtre et c'est cet aspect et celui du liquide épanché qui oriente le chirurgien vers la vésicule.

L'épanchement est constitué par de la bile, plus souvent par un mélange de bile et de pus (Obs. II, III, V, VI, VII) et parfois du sang. Etant libre et en absence de tout cloisonnement, ce liquide épanché se collecte non seulement sous le foie, au-dessus du colon, mais suit le colon droit, descend le long du bord externe du colon ascendant et s'accumule dans le cul de sac de Douglas (Observ. I, II, III), mais plus

souvent il reste accumulé dans la fosse iliaque droite (13 cas, Gosset).

Dans quelques-unes de nos observations (Observ. II, IV, VIII) il existait autour de la vésicule des adhérences fibrineuses, lâches et qui témoignent une tendance à la localisation du processus inflammatoire, cette barrière n'a pas eu le temps pour s'organiser.

3° *Des calculs.* — Existent dans tous nos cas, sauf l'observation III et IV. Peut être qu'ils ont passé avec la bile dans la cavité péritonéale, où leur recherche devient, en général, très difficile. Dans certaines observations il est noté que le calcul est resté enclavé dans le point perforé (10 observations de Cotte et Arnaud, notre observ. VI). Le nombre des calculs est variable (Observ. VI, IX-1 calcul, X-30 calculs).

4° *Examen de laboratoire.* — a) L'examen de la paroi vésiculaire a été rarement pratiquée (2 cas de Gosset, Observ. 3 et 26, dans nos observ. lésions de cholécystitre chronique I et VIII).

b) L'ensemencement du liquide épanché a été fait seulement 6 fois (Gosset), négatif dans 2 fois, 2 fois on a trouvé du colibacille (60, II Gosset), 1 fois le colibacille associé au b. typhique (Observ. 7 Gosset). Lamare et Larget (Observ. VIII) trouvent dans le liquide un streptocoque non hémolytique de Liebert. Dans l'observation VI la culture du liquide donne le para « B ».

SYMPTOMES

Gosset dans son mémoire sur l'étude des perforations de la vésicule biliaire distingue deux périodes dans l'histoire clinique des malades, deux périodes dont la distinction est importante et nécessaire à souligner à cause de leur symptomatologie différente et des difficultés de diagnostic qui en résultent.

La première phase est celle de la perforation, phase d'opération par excellence, l'autre c'est la phase de péritonite généralisée succédant plus ou moins rapidement à la première.

Le début des accidents est ordinairement brusque, s'annonçant par une violente douleur dans l'hypocondre droit, mise souvent sur le compte d'une appendicite lorsque le malade n'a pas un passé hépatique bien net.

Bien souvent, comme il s'agit des malades ayant déjà eu des coliques hépatiques, l'entourage du malade pense généralment qu'il s'agit d'une nouvelle crise et on appelle le médecin pour qu'il vienne pratiquer une piqûre de morphine.

« *Cependant les douleurs sont plus violentes, elles s'accompagnent d'une gêne respiratoire et on peut constater alors un signe d'une importance capitale: c'est l'existence d'une* contracture localisée *siégeant sous le rebord costal droit, s'étendant presque de la ligne médiane jusque vers la*

dixième cote, dessinant une zone semi-circulaire, abaissant fortement le rebord costal. Cette contracture est rigide, dure, comparable a un « disque de métal glissé sous la peau ». *Elle est douloureuse et fait capital, elle est* immobile et ne suit pas les mouvements *respiratoires de la paroi abdominale: d'ailleurs la malade, si on lui commande de respirer profondément, ne peut exécuter l'ordre, elle est arrêtée par une* douleur violente *dont elle indique le siège, l'hypocondre droit.*

Le reste de l'abdomen est souple, la fosse iliaque droite est libre, le Douglas n'est pas douloureux.

En résumé, trois signes importants: une douleur violente, *une* contracture rigide *dans la zone douloureuse, une* immobilité respiratoire *de la paroi abdominale dans la même région. Accessoirement les malades présentent une diminution de la sécrétion urinaire et ne rendent pas de gaz* » (Gosset).

Tôt ou tard, mais en général en très peu temps le tableau clinique change d'aspect, l'infection s'étend, la douleur devient diffuse, la contracture se généralise à tout l'abdomen, la paroi abdominale s'immobilise, ne « respire » plus, les vomissements deviennent plus fréquents, le pouls faiblit, s'accélère à 130-140, le ballonnement du ventre apparaît, ensuite la dyspnée et le hoquet.

C'est alors devant le tableau plus ou moins complet de la péritonite généralisée qu'on assiste, péritonite dont le pronostic est toujours grave quelle que soit son origine et dont la cause est toujours difficile à diagnostiquer.

DIAGNOSTIC

Si on recherche dans les observations de perforation de la vésicule biliaire, les cas où le diagnostic a été posé d'une façon précise et ferme, on est étonné de leur nombre véritablement minime.

Dans toutes les observations le diagnostic a été rarement fait, d'après Gosset, il n'aurait été fait que 9 fois sur 111 cas. Mitchel ne fait un diagnostic exact qu'une fois sur 16 cas.

D'après les observations de Fiefield et Alexander, recueillies dans les 25 dernières années à London Hospital le diagnostic de perforation de la vésicule ne fut jamais posé et ne fut soupçonné que dans un tiers et un sixième des cas.

Deux éléments d'importance capitale peuvent aiguiller vers le diagnostic et le diriger: les antécédents lithiasiques d'une part, la localisation initiale des symptômes de l'autre, il en résulte que le diagnostic peut se poser dans des conditions fort différentes suivant que le malade a un passé biliaire ou ne l'a pas, suivant qu'il est examiné précocement ou tardivement après le début des accidents.

Il y a donc à envisager un diagnostic de début qui est un diagnostic « d'abdomen aigu » relativement facile à faire, lorsque le malade présente un passé biliaire net, et un diagnostic tardif qui « devrait être rétrospectif et où il ne peut

l'être en général, car le syndrome de péritonite généralisée a camouflé le sydnrome initial » (Gosset).

En pratique, lorsque le médecin se présente au début des accidents, et l'interrogatoire précise la présence des antécédents lithiasique dans le passé du malade, il a à discuter trois graves complications chirurgicales que les lithiasiques peuvent faire: la perforation de la vésicule, la pancréatite hémorragique et l'ileus biliaire.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes de la perforation de la vésicule, décrits dans le chapitre précédent, ce serait faire une répétition longue et inutile, et nous passerons de suite au diagnostic différentiel avec la pancréatite hémorragique. Fazio dans son travail récent sur les perforations de la vésicule fait une place de choix, dans le diagnostic différentiel à la pancréatite hémorragique. Mondor dans son traité sur les diagnostics urgents des syndromes abdominaux, les chirurgiens d'école allemande insistent sur ce diagnostic différentiel qui est, d'après eux, le vrai diagnostic à discuter dans les cas à antécédents lithiasiques nets.

D'après les traités classiques la symptomatologie de la pancréatite hémorragique est la suivante: le début est brusque, il frappe le sujet en pleine santé, au milieu de son travail, le malade généralement obèse et vigoureux, est pris d'une douleur si vive qu'elle provoque parfois une syncope. La douleur est surtout épigastique s'irradiant vers le dos, les vomissements faciles et copieux, le visage est anxieux et cyanosé, la tendance au collapsus est plus précoce.

L'erreur grave ici est celle qui fait dire colique hépatique, colique néphrétique et qu'il est facile à écarter d'après les chirurgiens anglo-saxons, grâce à l'absence de contracture rigide du côté droit (nous parlons de la phase de début) et surtout à la présence de deux signes fréquemment retrou-

vés: les plaques de cyanose et ecchymoses sur tout le corps avec participation de visage (signe d'Halstaed) et la douleur postérieure, révélée par la pression au niveau de l'angle costo-lombaire gauche (signe de Mayo-Robson).

Ces deux signes ont chacun permis plusieurs fois le diagnostic différentiel.

Le second diagnostic différentiel à faire, en cas d'un sujet à antécédents lithiasiques est celui de l'ileus biliaire. Dans l'ileus, il n'y a pas de contracture, les vomissements sont assez vite fécaloïdes, le ballonnement qu'on peut presque toujours facilement voir, est médian ou unilatéral et accompagné de péristaltisme, à la percussion on constate le tympanisme.

Merklen, Rochard, Kirmisson et Quenu insistent sur la succession de crises et accalmies, en alternance assez frappante, d'après ces auteurs, le caractère capricieux de la maladie est un des signes le plus important de l'ileus biliaire.

Enfin, le palper du ventre, le palper combiné au toucher, le toucher seul, rectal ou vaginal, permettent de trouver le calcul et de trancher le diagnostic en faveur de l'ileus biliaire.

S'il n'y a pas d'antécédents lithiasiques nets dans le passé du malade, le diagnostic est plus difficile, il devra être fait avec la perforation d'un ulcère duodéno-pylôrique surtout, l'appendice perforante ensuite.

Si la confusion avec l'appendicite est aussi fréquente, c'est que, non seulement, en pensant à cette affection, on table, avant tout, sur sa fréquence, mais aussi parce que la douleur et la contracture, dans la fosse iliaque droite, sont très communes au cours d'autres perforations abdominales.

D'après Gosset, le syndrôme de perforation appendiculaire comprend cependant une douleur avec contracture

surtout iliaque, des vomissements plus abondants et une réaction thermique plus marquée.

Dans nos observations n° I, V et VII, il est noté que douleur et contracture avaient leur maximum dans la fosse iliaque droite « peut être à cause de l'écoulement de la bile vers cette région, le long du mésocolon et du mésentère. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que le diagnostic d'appendicite ait été souvent porté et que le chirurgien ait eu recours à l'incision iliaque droite, c'est là l'erreur la plus souvent commise » (Quenu) (Observ. I, V, VI, VIII).

Les perforations stomacales consécutives à l'ulcère gastro-pylôrique ont un début brusque avec phénomènes douloureux très marqués. La douleur est surtout épigastrique, elle est soudaine, atroce, pas de vomissements, la température et le pouls sont peu modifiés, la paroi abdominale est rigide et contracturée, elle est vivement sensible au moindre palper, et si l'on trouve à y ajouter l'existence d'antécédents gastriques précis, le tableau peut être considéré comme immédiatement suggestif.

« Sur l'existence de ces quatre signes positifs (douleur, contracture, sensibilité de la paroi, antécédents gastriques) le médecin peut porter le diagnostic de perforation haute du tube digestif » (Mondor).

Mais il faut bien le dire que le diagnostic différentiel entre la perforation vésiculaire et une perforation duodénale est très difficile « il suffit de songer que la vésicule repose par son fond sur le bulbe duodénal pour considérer combien illusoire peut être cette discrimination ». (Queen). Nos deux observations (IX-X) prouvent la difficulté extrême de ce diagnostic.

Nous ne nous arrêterons pas ici au diagnostic différentiel des gangrènes de la vésicule qui donnent plutôt un

tableau de cholécystite aiguë avec frissons et fièvre élevée, ni au volvulus total de la vésicule, ce sont des cas en pratique relativement rares.

Passons maintenant à la seconde phase, phase où le syndrome péritonéal est constitué, et « il faut reconnaître que le diagnostic causal est presque impossible : puisque le tableau de péritonite généralisée masque celui de la perforation de début et tous les diagnostics ont été posés. Le plus fréquent est celui d'appendicite et on le conçoit facilement, car la fosse iliaque droite se remplissant du liquide septique, le malade accuse une douleur violente dans les zones pariétales correspondant à l'envahissement de la cavité péritonéale par l'épanchement de source vésiculaire » (Gosset) (Observ. I, V, VI, et VIII).

Le diagnostic de péritonite généralisée est facile, mais pas la recherche de son origine. Dans ce cas le chirurgien doit avant tout sans s'inquiéter de l'étiologie porter le diagnostic de péritonite aiguë: cependant s'il existe un passé lithiasique, il sera bien difficile de ne pas penser à une péritonite généralisée par perforation de la vésicule.

Le diagnostic du siège de la perforation ne sera posé que sur la table nécropsique ou au cours de la laparatomie après un examen attentif de la cavité abdominale.

Ce qui importe, c'est le diagnostic de « ventre chirurgical » le diagnostic d'intervention ne saurait être discuté : l'acte opératoire pouvant seul arrêter la marche fatale de l'affection, surtout s'il est pratiqué rapidement.

Parmi les diagnostics erronés de péritonite Gosset signale 10 fois l'appendicite, 9 fois l'occlusion intestinale, 4 fois l'étranglement herniaire, 1 fois l'ulcère gastro-duodénal et 1 fois l'infection puerpérale.

Alexander, Mitchef, Fifield signalent avoir trouvé à peu près les mêmes erreurs de diagnostic.

Dans les observations que nous avons retrouvées dans la littérature et qui nous ont servi comme point de départ et base de cette thèse, le diagnostic ne fut posé une seule fois. Sur 10 observations, nous trouverons 4 fois le diagnostic d'appendicite avec ou sans péritonite, 2 fois le diagnostic de perforation d'ulcère gastro-duodénal, 1 fois l'occlusion intestinale, 1 fois le diagnostic de hernie étranglée. Dans deux observations, le diagnostic pré-opératoire n'est pas noté.

En parcourant la plupart des observations publiées, et en constatant toujours les mêmes erreurs qui ont été commises y compris celles qui paraissent le plus étonnantes (Nek crut à une hernie ombilicale étranglée, Kumel a une hernie crurale, notre observation n° VII porte le diagnostic pré-opératoire de hernie inguinale étranglée) on conçoit bien la nécessité d'être « très large dans les indications opératoires et oser intervenir même lorsqu'il s'agit de cas presque désespérés en apparence, même lorsque les accidents datent de 24 heures et plus, puisque même dans ces cas là, on a pu, en opérant, obtenir des guérisons » (Quenu).

L'après Lejars, Quenu, les chirurgiens allemands, le diagnostic clinique exact de la perforation vésiculaire n'a pas une importance considérable, c'est le « diagnoctic d'intervenfion » (Lejars) qui est important et qui doit être fait ou rectifié par le chirurgien au cours de l'opération.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La perforation de la vésicule lithiasique est une complication très grave de la lithiase biliaire.

« A bandonnée à *elle-même* ou méconnue, la perforation de la vésicule aboutit à une péritonite généralisée à évolution rapidement mortelle ». (Gosset) (Observ. VII de Moncalvi).

Sans intervention, la malade est presque fatalement condamnée, et même après l'intervention, le pronostic reste très grave.

Ce qui assombrit le pronostic, ce n'est pas tant la perforation et la péritonite consécutive, mais surtout l'infection causale et l'intensité des phénomènes infectieux qui envahissent l'organisme.

La rapidité du processus est si grande que le péritoine est surpris sans défense, il n'a pas le temps de former des adhérences et de localiser l'infection et nous arrivons ainsi très rapidement à la péritonite biliaire généralisée .

C'est aussi le danger des complications qui est à redouter, car pour la plupart du temps, le malade ne meurt pas de l'intervention, mais des complications, telle que la broncho-pneumonie (Observ. I). A noter que les lithiasiques sont très fragiles au point de vue pulmonaire.

Il est bien évident que le pronostic dépend non seulement de la virulence des germes contenus dans la bile, mais aussi

d'autres facteurs non moins importants, comme l'âge du malade, la résistance de son organisme, et surtout le moment d'intervention. Plus l'opération sera précoce et rapide, plus le chirurgien aura la chance d'avoir un succès.

Mandor affirme « *seule l'intervention immédiatement pratiquée peut sauver les malades: un malade sur deux dans les cas de perforations sans lésions infectieuses graves: un malade sur quatre ou cinq dans les cas de perforations de vésicules infectées, mis à part certains cas évoluant avec une allure presque foudroyante, le pronostic est, ici encore, fonction de la précocité du diagnostic et de l'activité dans l'organisation des secours chirurgicaux, et de celui qui a eu le mérite de faire le diagnostic* » (Mondor).

La statistique de Mac Williams confirme pleinement ce point de vue chez les opérés dans les douze premières heures. Mac Williams obtient 85 % de guérisons tandis que chez les malades opérés le quatrième jour après le début des accidents, il a 80 % d'échecs.

En outre, cette mortalité est nettement supérieure, dans les mêmes conditions à la mortalité des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Hartmann estime qu'après 24 heures la mortalité des ulcères gastro-duodénaux est de 55 % tandis que dans les mêmes conditions Gosset estime celles des perforations vésiculaires à 59, 61 % et Mac Williams 66 %.

Dans nos observations sur 9 opérés on note 5 guérisons et 4 échecs. Parmi ces derniers la malade de l'observ. I meurt le 7e jour de broncho-pneumonie. Le dixième cas, non opéré, est celui de Moncalvi (Observ. VII). Ce dernier refuse d'intervenir, vu l'état grave de la malade, celle-ci cependant résiste encore trois jours. Décès le troisième jour après l'entrée à l'hôpital.

TRAITEMENT

Le traitement de la perforation de la vésicule lithiasique est un traitement uniquement chirurgical.

Quel que soit le diagnostic, exact ou erroné, il n'est pas question d'attendre. En présence d'une perforation vésiculaire qui déverse un contenu plus ou moins septique dans la cavité abdominale « *il faut décider et décider le plus vite possible pour agir vite et correctement* » (Gosset).

L'intervention est la seule chance de salut pour le malade.

1° L'Anesthesie.

L'anesthésie générale semble préférable à l'anesthésie locale, car cette opération exige une certaine liberté de mouvements du chirurgien.

2° L'Incision.

Les nombreuses incisions préconisées pour obtenir un accès facile sur la vésicule biliaire peuvent se ramener à deux types principaux: les incisions verticales et les incisions obliques. Les unes et les autres ont leurs ardents défenseurs mais l'incision de Kher semble être une des plus employées.

Quenu recommande particulièrement l'incision transversale sus-ombilicale droite de Sprengel, comme celle qui mène directement à la lésion, tandis que Gosset, Soupault,

Courty et d'autres préfèrent l'incision médiane sus-ombilicale.

A vrai dire cette discussion est d'après nous superflue dans les cas où on fait une incision haute qu'elle soit verticale ou oblique, épigastrique ou sous-costale, on peut directement explorer la vésicule et il facile d'adapter l'incision à la lésion découverte, mais (supposons) dans le cas de diagnostic erroné, comme celui d'appendicite, diagnostic le plus fréquemment porté l'opérateur est conduit à pratiquer une incision de Jalaguier, par exemple, qui réduite à elle seule est dans le cas de perforation vésiculaire fatalement une incision insuffisante. Les symptômes d'une péritonite biliaire constatés, il suffit à l'opérateur de prolonger vers le haut des limites de sa première incision, pour atteindre et explorer la vésicule (Observ. I et II, VI).

D'autres chirurgiens comme Max Williams, Guilé, J. Quenu, Pauchet prétendent que, prolonger jusqu'à l'épigastre une incision sous-ombilicale est inutile et délabrant et ils préfèrent refermer la plaie et de porter le bistouri vers l'hypocondre droit et de faire une deuxième incision qui mène directement et sans trop de délabrement sur la vésicule (Observ. VIII). D'ailleurs la première incision est utilisée pour établir un double drainage.

3° Traitement de la vesicule.

Je passe rapidement sur l'ancienne méthode de suturer les lèvres de la perforation vésiculaire. Cette intervention chirurgicale est longue, peu pratique et pas facile. Selon Gosset et la plupart des chirurgiens, c'est avec raison qu'on l'a rejetée comme illogique.

a) *Cholecystostomie.* — Cette opération est rapide et facile. Elle a été beaucoup employée et l'est encore actuellement (Observations IV, VIII, IX, X).

À Quenu elle paraît l'opération de choix dans la majorité des cas. Elle donne à Mac Williams le maximum de guérisons. 61 %, à Gosset 50 %. Cependant si la vésicule est en mauvais état, si ses parois sont friables, les chirurgiens préfèrent recourir à la cholecystectomie.

b) *Cholécystectomie.* — La cholécystectomie est l'intervention qui paraît être l'opération de choix puisqu'elle est radicale « en enlevant la vésicule on enlève le foyer d'infection péritonéale » mais elle présente le désavantage d'être shockante pour le malade dont l'état général est pour la plupart des cas très grave. « La cholecystectomie est l'opération idéale, mais elle demande pour sa rapide exécution des conditions anatomiques rarement réalisées et on doit la réserver aux cas où sa technique est facile et où l'état général du sujet le permet ». (Gosset). Gosset obtient 18 guérisons sur 33 cas ce qui fait 54,5 % contre les 47 % de Mac Williams.

Enfin, certains chirurgiens n'ont absolument rien fait sur la vésicule, ils se sont contentés d'un drainage et d'un tamponnement de la région sous-hépatique avec ou sans drainage complémentaire du cul de sac de Douglas.

Il est vrai que ce procédé rapide et simple pratiqué onze fois, a donné six guérisons (Gosset) mais « il est certain que ce procédé qui consiste à abandonner la vésicule, plus ou moins infectée dans l'abdomen n'est pas sans présenter des dangers importants d'infection ultérieure » (Quenu).

De ce que nous venons de dire sur les modes d'intervention sur la vésicule, il en résulte qu'on ne peut établir de règles absolues en ce qui concerne le choix entre la cholécystostomie et la cholécystectomie et de préférer, de parti pris, l'une à l'autre.

Sans doute, lorsqu'un chirurgien se trouve en présence d'une perforation de la vésicule biliaire, sa seule préoccupation principale doit être de parer au danger immédiat,

c'est-à-dire d'empêcher le malade de mourir, mais il doit aussi se préoccuper des résultats que peut donner son opération.

Le chirurgien devra donc s'inspirer pour cela d'un certain nombre de considérations tirées de l'âge du malade, de son état général, de sa résistance, de l'état de la vésicule et enfin du temps écoulé entre le début des accidents et le moment d'intervention.

Le choix de l'intervention sur la vésicule est en somme fonction non seulement des facteurs que nous venons d'énumérer, mais aussi du bon sens clinique et de l'expérience pratique de l'opérateur.

4° Traitement de la peritonite.

La majorité des chirurgiens considèrent que le traitement de la péritonite est le temps le plus important de l'opération, car l'intervention pour perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre est avant tout une opération de drainage. Pour assurer ce drainage, il est important d'assécher et drainer l'espace sous-hépatique qui peut être considéré, et à juste raison, comme foyer de l'infection. Il faudra rechercher les calculs répandus dans le péritoine et enfin drainer les parties déclives comme le cul de sac de Douglas soit par un drain sus-pubien, soit par un *Mikulicz* au besoin.

5° Soins post-operatoires.

Après l'intervention il faut favoriser le rétablissement du malade et mettre en œuvre tous les moyens modernes indiqués dans le traitement de la péritonite.

Nous n'insisterons pas sur ces soins post-opératoires et qui consistent à mettre le malade dans la position de Fowler, à lui administrer du sérum et des toni-cardiaques. Depuis longtemps, ils sont institués dans les cliniques chirurgicales modernes où ils ont donné d'indiscutables et d'excellents résultats.

RESULTATS DE L'INTERVENTION

Pour terminer avec ce chapitre du traitement il convient de dire quelques mots sur les résultats de l'intervention assez peu concluants.

Le pronostic des perforations de la vésicule biliaire était, il y a 20 ans encore, très sombre et c'est avec les interventions chirurgicales que la mortalité, quoique assez élevée, a diminué dans de notables proportions.

Dans l'ensemble Cotte et Arnaud présentent un résultat de 44,75 % des cas de guérisons, Mac Williams donne le chiffre de 50 %.

Sur les 111 observations de Gosset, qui toutes comportent une intervention chirurgicale, nous trouvons une mortalité de 52,2 %, chiffre, qui, d'après Gosset, est au-dessous de la réalité, car « *comme dans les autres affections, la statistique générale donne des résultats trop favorables, les cas heureux étant publiés plus souvent que les cas mortels* » (Korte).

Cependant malgré ces défauts communs à toutes les statistiques, puisqu'elles sont faites de cas isolés qui ne tiennent compte que des faits publiés, les chiffres de guérisons mentionnés doivent être sérieusement pris en considération.

Si le taux de la mortalité reste élevé, il n'en est pas moins vrai que l'intervention chirurgicale a pu sauver près de la moitié des malades et atténuer ainsi considérablement le pourcentage de mortalité de cette redoutable complication de la lithiase biliaire.

OBSERVATION II (Moncalvi)

Péritonite perforative. Moncalvi 1929)
(traduit de l'Italien)

Femme 49 ans. Entre à l'Hôpital le 23 décembre 1923. Elle a été prise brusquement un jour auparavant d'une douleur vive à l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements. Pas de fièvre. Dans son passé elle signale une crise douloureuse abdominale à siège périombilical, suivie de vomissements et qui remonte à un mois. Hernie crurale bilatérale.

Examen. — Facies péritonéal, langue sèche, saburrale. Abdomen météorisé, sensible à la palpation et douloureux surtout à l'hypocondre droit. Le toucher rectal et vaginal négatifs.

On garde la malade en observation.

Le lendemain, 24 décembre, apparaît hoquet avec de fréquentes éructations. Constipation. Pas d'ictère. L'abdomen est globuleux, météorique. L'hypocondre droit très douloureux:

On décide d'intervenir.

L'intervention. — Anesthésie à l'éther et morphine. Laparatomie latérale droite. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule de la bille avec du pus. Après la prolongation de l'incision vers le haut, on constate la perforation de la vésicule biliaire en deux points par où s'échappe de la bile. On libère la vésicule des adhérences fibrineuses et on pratique

la cholecystectomie. De nombreux calculs dans la vésicule. Présence de bile purulente dans le petit bassin. Drainage du Douglas et du lit de la vésicule. Evolution apyretique. Guérison.

Diagnostic post-opératoire. — Cholecystite calculeuse perforée avec péritonite diffuse secondaire.

Observation III (Moncalvi loc. cit.)
(Résumée)

Femme, 57 ans. Entre à l'Hôpital le 14 avril 1925. Sept accouchements normaux, pas d'avortement. A 25 ans, la première crise de colique abdominale avec des douleurs au quandrant inférieur droit. A 30 ans, la seconde crise, cinq ans après la troisième et la quatrième en décembre 1924.

Depuis trois jours, elle souffre d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, accompagnée de fréquents vomissements. Constipation opiniâtre. Déclare avoir pris de l'huile de ricin qui a aggravé considérablement son état général. Envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de l'occlusion intestinale.

Examen. — Etat général grave, pouls 110, mal frappé, facies péritonéal, langue sèche. Abdomen tendu, météorique, très douloureux. Matité hépatique réduite.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparatomie latérale droite. Du péritoine s'écoule une grande quantité de bile purulente qui occupe la grande cavité pelvienne. L'appendicite est indemne. Etant donnée la gravité de l'état général de la malade on ne poursuit pas les recherches de la perforation probable des voies biliaires. On draine et on ferme partiellement la plaie.

Morte le lendemain.

Diagnostic post-opératoire. — Péritonite biliaire généralisée.

Examen nécropsique. — Périty phlite et appendicite chronique. Péritonite purulente généralisée consécutive à une cholecystite calculeuse perforée. La perforation siège sur la paroi de la vésicule, très petite, c'est par une recherche très attentive qu'on a pu la découvrir.

Observation IV (Moncalvi loc. cit.)

(Traduit de l'Italien)

Homme, 57 ans. Entre le 7 décembre 1927. Depuis trois jours il accuse des douleurs abdominales portant le caractère de colique. Depuis la veille, arrêt de matières et de gaz. Pas de vomissements. L'abdomen est tendu, la palpation provoque une douleur généralisée avec prédominance dans la fosse iliaque gauche. La contracture est généralisée, la matité hépatique est réduite. Le pouls est petit, filant.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparatomie médio-transversale droite. L'épiploon œdematié, congestionné est adhérent à la face inférieure du foie où existe une abondante collection du liquide biliaire, qui se trouve aussi dans la cavité libre. La vésicule biliaire est grosse comme une orange, de couleur rouge-foncé et adhérente par sa face profonde. D'une petite ouverture s'échappe du liquide biliaire. On fixe la vésicule à la paroi abdominale comme premier temps de la cholecystostomie, mais le malade succombe le jour suivant.

Diagnostic post-opératoire. — Cholecystite avec perforation de la vésicule biliaire et péritonite secondaire.

Observation V (Moncalvi loc. cit.)

Homme, 52 ans. Entre le 3 février 1922. Le malade signale une gastroentérite en 1918 et depuis deux ans plusieurs coliques du type appendiculaire. Depuis dix jours il accuse des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements et fièvre.

Examen. — Etat général grave. Pouls petit, filant. Constipation. Abdomen tendu, contracturé avec prédominance dans la moitié droite, le moindre toucher provoque une douleur intense à la fosse iliaque droite.

Diagnostic pré-opératoire. — Péritonite appendiculaire.

Examen nécripsique et diagnostic post-opératoire. — Cholecystite et péricholecystite calculeuse. Perforation de la paroi vésiculaire avec péritonite purulente diffuse.

Observation VI

(*British Journal of Surgery* 1921. in: Moncalvi *Gallstone* with perfor. cholecyst. simulating ac. appendicitis)

Homme 18 ans. Entre à l'hôpital avec douleurs abdominales et vomissements. Dit qu'il a été hospitalisé six semaines auparavant pour appendicite.

A l'entrée: température 39,4. Pouls 103. Tension 120. Langue sèche, pâteuse. Abdomen tendu, immobile. Rigidité et douleur à la fosse iliaque droite. L'extrémité supérieure du muscle droit est rigide et douloureuse. Signes d'épanchement aux flancs. Toucher rectal douloureux à droite.

Diagnostic clinique. — Péritonite appendiculaire.

L'intervention: Laparatomie latérale droite. Appendice normal. Liquide fluide, incolore dans la cavité. Après la prolongation de l'incision on trouve une vésicule œdéma-

matiée et perforée à un point à égale distance du fond et du col. Un gros calcul est incrusté dans le point perforé.

Dans le liquide péritonéal-paratyp. « B », Guérison.

Observation VII (Moncalvi)

V. E., Femme 63 ans. Entre le 22 octobre 1921. Depuis trois jours elle souffre d'une douleur violente à l'épigastre avec vomissements. La douleur s'irradie vers la fosse iliaque droite, où elle est très intense. Arrêt des matières et des gaz. Aucun passé pathologique sauf une hernie inguinale datant de 10 ans. La malade entre précisément avec le diagnostic de « Hernie inguinale étranglée ». On rectifie le diagnostic pré-opératoire pour celui de péritonite sans indiquer l'origine.

Examen. — Etat général très grave. Extrémités froides, pouls très petit. Abdomen ballonné, métorisé, un peu saillant dans la fosse iliaque droite, où la palpation provoque des douleurs aiguës.

Anurie. Tympanisme généralisé. Aucun signe d'étranglement herniaire. Vu l'état grave de la maladie, on considère l'intervention contre-indiquée. La malade cependant résiste encore trois jours et meurt le 25 octobre 1921.

Examen nécroscopique. — Péritonite purulente avec perforation de la vésicule biliaire. Péricholécystite calculeuse.

Observation VIII (Laget et Lamare)

(*Bull. et Mém. Société Nationale de Chir. Paris* IV 30-I-1929, page 150)

(résumée)

Il s'agit d'une malade de 35 ans, dont les antécédents sont marqués par de nombreuses crises de coliques hépatiques. Elle a été prise, brusquement, trente heures auparavant d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Examen. — Facies tiré, anxieux, péritonéal. Température 39°. Pouls 130, de mauvaise qualité. La malade a vomi et continue de vomir. La douleur spontanée continue d'être vive. Elle siège dans la fosse iliaque droite et irradie vers le bassin et la fausse iliaque gauche. L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

A l'inspection, le ventre « respire mal » mais surtout dans sa moitié sous-ombilicale. La palpation révèle un point de Mac Burney extrêmement douloureux. La région de la fosse iliaque gauche est moins sensible à la pression, mais surtout à la région de l'épigastre et de l'hypocondre droit n'est pas douloureux à la palpation. La percussion révèle un peu de matité déclive. Toucher vaginal; utérus gros, un peu bosselé. Toucher rectal: négatif.

Diagnostic pré-opératoire. — Appendicite perforée et péritonite consécutive.

Intervention. — 1° Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine, une grande quantité de bile s'écoule du ventre. Après avoir vérifié l'appendice qui est apparemment sain, on referme cette incision.

2° Laparatomie transversale droite, sous-hépatique. On voit une vésicule blanchâtre, sclérosée, portant près du fond

une perforation régulière de la grosseur d'un grain de mil par où s'échappe de la bile. La palpation de la vésicule permet de sentir des calculs. Il existe dans la région du confluent biliaire supérieur des adhérences. Etant connue la gravité de cette affection, on décide de faire le minimum. Ouverture de la vésicule que l'on fend en long en resséquant la perforation. Ablation de deux calculs dont l'un est brisé en deux parties. Drain au contact de la vésicule. Trois mèches imbibées de bouillon vaccin au contact de la vésicule. Un drain dans la grande cavité.

Paroi en deux plans.

Suites opératoires. — Le soir et le lendemain: pouls très petit et très rapide. Shock intense. Conformément à une pratique qui semble nous être fidèle, il est fait en deux fois, en même temps que du sérum glucosé, vingt unités chimiques d'insuline.

La bile coule bien par le drain vésiculaire. Ablation du drain de la grande cavité le huitième jour, du drain vésiculaire le septième jour, des mèches le quatorzième jour.

La guérison complète est obtenue le vingt-cinquième jour.

Examens de laboratoire. — a) L'ensemencement de la bile épanchée sur gélose à l'œuf, révèle la présence de streptocoque non hémolytique de Libert.

b) Examen de calcul. — Couleur tirant sur le vert. Au point de vue chimique, on démontre la présence de cholesterine, pigments biliaires et matières minérales comme calcium et phosphates.

c) Examen anatomo-pathologique de la paroi vésiculaire révèle la présence des abcès intra-pariétaux au voisinage immédiat de la perforation. A l'examen microscopique on a l'impression que la région de perforation est située dans un tissu œdématisé et lardacé.

Dans le reste de la paroi: lésions de cholécystite chronique avec péricholécystite.

Observation IX (Grimault)
(*Bull. et Mém. Société Nationale de Chirurgie IV* 28 novembre 1928) (résumée)

Homme, 54 ans. A 5 heures du matin ressent des douleurs violentes de l'hypocondre droit, irradiant vers les lombes et l'épigastre. Nausées sans vomissements.

Compresses chaudes calment cette douleur qui reprend dans la nuit. Le malade se tord sur son lit, il est livide et angoissé.

Examen. — Langue blanche, température 36,5, pouls 100, teint légèrement subictérique.

L'abdomen est contracturé, rigidité extrême sous le rebord costal droit, jusqu'à la ligne médiane. Pas de matité dans le flanc ni dans les régions déclives.

Diagnostic préopératoire. — Perforation probable du duodénum.

Intervention. — 31 heures après le début des accidents. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Il s'écoule du liquide doré, sirupeux, ressemblant a de la bile. Rien à l'estomac ni à l'intestin. La quantité du liquide est évaluée à demi-litre environ.

On branche une incision transversale droite. La vésicule est petite rétractée. Le fond est perforé, la perforation en tête d'épingle est entourée d'une plaque jaunâtre arrondie de 0 fr. 50.

On incise la vésicule pour enlever les calculs qu'on sent à l'intérieur. Le calcul est gros comme un gland. Drainage de

la vésicule qu'on ne peut pas amener à la paroi. Lit de mèches et on suture la paroi.

Guérison au bout d'un mois.

Observation X (Perrier)

(*Revue Médicale de la Suisse Romande, Genève* 1914, p. 682)
(résumée)

Il s'agit d'une femme de 33 ans. Depuis 4 ou 5 mois, douleurs stomacales survenant trois heures après le repas calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements. Amaigrissements perte d'appétit, constipation.

Le 14 juin, douleur en broche pendant la nuit, siège à l'épigastre, pouls et température normaux. A la palpation abdomen souple: douleur à la pression au niveau du pylore.

Diagnostic. — Crise de gastralgie au cours d'un ulcère du pylore ou plutôt du duodénum.

Le soir et le lendemain, douleurs abdominales ont diminué.

Le 16, la température s'élève, sans autres symptômes, à 7 heures du soir elle atteint 38°7.

A 10 heures du soir, crise douloureuse violente avec nausées.

A minuit, l'abdomen est dur dans toute son étendue: matité hépatique remontée à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes.

Le maximum de la douleur est toujours sur la région pylorique, mais elle s'étend jusqu'à la fosse iliaque droite. Facies grippé, pouls 116.

On décide l'intervention immédiate.

Diagnostic pré-opératoire. — Perforation d'ulcus duodénal probablement.

Intervention. — Laparatomie médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate un écoulement de bile qui baigne toute la région sous-hépatique et la fosse iliaque droite.

La vésicule est rouge, épaissie et légèrement adhérente par exsudats fibrineux au pylore et duodénum. Celui-ci ne présente aucune perforation. Sur la face inférieure de la vésicule, plaque de sphacèle de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 centrée d'une perforation de 3 à 4 mm. de diamètre. 30 calculs dans la vésicule.

Evacuation des calculs et suture de la perforation.

Cholecystostomie avec drainage de la vésicule et tamponnement péri-vésiculaire. Drain sus-crural droit. Guérison.

CONCLUSIONS

1° La perforation de la vésicule au cours d'une lithiase biliaire est une complication rare.

2° Elle se produit le plus fréquemment chez les femmes entre 50 et 60 ans.

3° La perforation siège le plus habituellement près du fond de la vésicule.

4° Le diagnostic est très difficile.

a) Il n'est possible qu'au début des accidents, chez un malade dont le passé lithiasique est net.

b) A la phase de péritonite généralisée, le diagnostic est presque impossible à faire.

5° Le diagnostic clinique de la perforation de la vésicule étant très rarement porté, l'importance et le devoir de faire le « diagnostic d'intervention » est indiscutable.

6° Le pronostic est toujours grave, il dépend surtout de la précocité de l'intervention chirurgicale.

7° L'intervention chirurgicale est la seule chance de salut pour le malade. Immédiate, elle est la seule thérapeutique efficace. Sa technique varie avec les conditions et difficultés opératoires.

La mortalité globale est de 52,2 %.

BIBLIOGRAPHIE

Aievoli. — Chirurgie de la perforat. de la vésicule biliaire en péritoine libre. (*Riforma Medica* 1925, n° 36, p. 850).

Atilio J. Costa. — Perforacion de vesic. bil. en périt. libre. (*Prensa Medic. argentina,* n° 35, 20-v-1929, p. 1531).

Bordès. — Des perforations de la vésic. calculeuse. *Thèse Lyon* 1906.

Boutin. — *Thèse de Paris* 1927.

Bricka. — *Thèse de Lyon* 1899.

Cames (O.) et Sgrosso (J.). — Perforacion de la vésic. bil. lithias. en péritoine libre. (*Revue Medic. del Rosario,* juin 1932, p. 420-425).

Chauffard. — La lithiase biliaire, Paris 1922.

Cotte et Arnaud. — *Rev. de Chirurgie,* mars 1911, p. 338.

Courty (M. L.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie,* avril 1929.

Deraignez (J.). — Traitement chirurg. des rupt. traum. intraabdominales de la v. biliaire. (*Journal de Médec. de Bordeaux,* 1925, p. 813).

Descamps (A.). — Cholecystite et lith. biliaire. (*Ann. de l'Inst. Chir. de Bruxelles* 1922, p. 27-32).

Durny (A.). — Fomes anat.-cliniques des chol. calculeuses. (*Gaz. des Hôpitaux Paris,* 1925, p. 897, 929.

Errard. — Cholepéritonite consécutif à la perforation spontanée d'une vésic. biliaire. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris,* 1921, p. 519).

Fazio (J.M.). — Perforaciones de la vesicula biliar. en peritones libra en el curso de la lithiasis biliar. (*Semana Medica* 1929, 17-1, p. 140-157).

Fifield. — Perforation and rupt. of the Gallbladder. (*Brit. M. S.* London 1926).

Fleys. — Rupture spontanée des voies biliaires dans le péritoine, *Thèse de Paris* 1899.

Garrigoux. — Thèse de Paris 1926. Les perforations spontanées de la vésic. bil. lithiasique en péritoine libre.

Gosset. — Sur les indic. de la cholecystectomie. (*Bul. et Mém. Soc. Chir.* 1922), p. 546.

Gosset, Desplats et Bonnet. — Les perforations de la vésicule bil. lithiasique en péritoine libre. *Journal de Chirurgie,* Paris 1925, t. *xxv*, pages 257-282.

Gosset et Soupault. — *Journal de Chirurgie,* Paris, février 1929.

Grimault. — Perforation de la vésic. biliaire en périt. libre. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie,* 28-xi, 1928).

Hartmann. — Perfor. de la vés. biliaire au cours d'une cholecyst. chronique. *Bull. et Mém. Soc. Nat.* Paris 1920, p. 362.

Kaiser. — Zentralblatt fûr Chirurgie 1925, p. 1257.

Kôrte. — Beiträge zur chir. der Gallenvege und der Leber. (*Berlin* 1905, obs. 105, p. 110, observ. 111, p. 386.

Kümme. — Beiträge zur chirurgie der Gallenvege. *Beitrâge z. Klin. Chirurgie* 1907, t. 55, p. 58, 60, 61, 137).

Labat. — Pathogénie de la cholec. calculeuse. *Gaz. Hôpit. Paris* 1919, p. 362).

Larget et Lamare. — Perforation de la vésic. biliaire en péril libre. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie,* Paris lv, 1929, 9 fév., p. 150-153).

Marconnet. — Thèse 1911, Lyon.

Mathieu (P.). — Les suites éloignées des opérations pour lithiase biliaire. *Paris Médic.* 1922, p. 428-430.

Mitchel. — Hidden perforation off. Gallblader. *Ann. Surgery* 88 Aug. 1928.

Moncalvi. — Péritonites perforatives 1929.

Mondor. — Diagnostics urgents. Masson 1930.

Ohly. — *Munch Mediz. Wochenschrifft,* 1925, p. 1598.

Perrier. — Revue Médicale de la Suisse Romande, Genève 1914, p. 682.

Porzel (W.). — Uber Durchbruchs peritonitis der steingefullten Gallenblase und Gallenstein wanderung in der Bauchhohle. *Zentrbl. fûr Chirurgie* lv, 1928, 11, August, p. 1993-1995).

Pozzi (E.). — Les perforationes de la vesicula biliar. *Rev. de cirug.* viii, 1929, mars, p. 122-128.

Quenu (J.). — Les perforations de la vésic. bil. lithiasique en péritoine libre. *Bull. Méd.* suppl. au n° 22, du 3 juin 1933.

Quenu et Boutin. — Diagnostic et traitement des perfor. de la vésic. biliaire, lithiasique en périt. libre. *Revue Médic. Française,* novembre 1927.

Retzlaff (O.). — Uber Gallenergusse in das Bauchfell und deren Sparfolgen. *Arch. für Klin. Chirurgie,* cliii, 1928, pages 745-749.

Rupaanner (E.). — Gallige Peritonitis ohne erkennbare Perforation. *Schweiz. Med. Wochenschrift,* LVIII, 1928, p. 717-719.

Stincer Elpidio. — Les peritonitis per perforacion. *Habana* 1927.

Thebauld. — Thèse Lyon 1912. Les perforations des voies biliaires.

Vasconcelos. — Perforacao da vesicula biliar en peritoneo libre. *Lisboa Medic.,* V, 1928, p. 582-585).

Vincent. — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre. (*Soc. médic. et anat. clinique de Lille.* in: *Journal des Sciences médic. de Lille,* 30-VI-1934, n° 26).

Williams. — Perforation aiguë spontanée du système biliaire en péritoine libre. (*Annals of Surgery* 1912, p. 235).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre:

« Contribution à l'étude des perforations de la vésicule lithiasique en péritoine libre »

par MENDEL SZTEJNSAPIR

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

MASSABUAU.

Montpellier, le 6 mars 1936.

Vu

Montpellier, le 7 mars 1936.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 8 mars 1936.

Le Recteur,

TAILLIART.